附件4

古丈县 镇申请医疗救助入户调查表

|  |
| --- |
| 申请所在镇： 人员类别：第三类救助对象 |
| 申请人(救助对象) |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 是否为退役军人 |  | 电话 |  | 医保参保地 |  |
| 户籍所在地 |  |
| **家庭成员基本情况** |
| 姓名 | 与申请人的关系 | 身份证号码 | 就业单位/就读情况 | 月收入(元) | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 家庭收入情况 | 家庭成员共有 人，家庭成员年度可支配总收入 元。具体收入如下：1. 每月收入：工资 元；养老金 元；临(散)工 元
2. 其他月收入项目： 收入 元
3. 其他年收入项目： 收入 元
 |
| 家庭财产情况 | 1. 申请人及家庭成员共有房产： 套(栋)，其中自建房 栋

 层，商品房 套1. 申请人及家庭成员名下商事登记信息：

 3、申请人及家庭成员名下汽车登记共有 台，购买金额 元1. 申请人及家庭成员银行活期账户余额: 元，定期账户余额： 元
2. 申请人及家庭成员微信、支付宝情况： 元
3. 申请人及家庭成员已购且仍生效的储蓄型保险金额： 元

申请人及家庭成员有价证券、基金情况：资金金额： 元 |
| 申明申请确认 | 以上填写内容真实、准确、完整，不存在瞒报或者漏报资料的情况。家庭成员清晰知道通过虚报信息骗取医疗救助资金，会由有关部门追回所领取的医疗救助金；构成犯罪的，将被依法追究刑事责任。另外，本人同意相关部门张贴公示的内容中包含本人的基本信息、家庭收入、家庭财产、医疗总额和享受待遇金额等信息。申请人、家庭成员及受委托人签名(盖指纹)：  申请日期： 年 月 日 |
| 调查人部门意见 | 经入户调查、申请医疗救助对象家庭情况属实。调查人签名： 年 月 日 |